

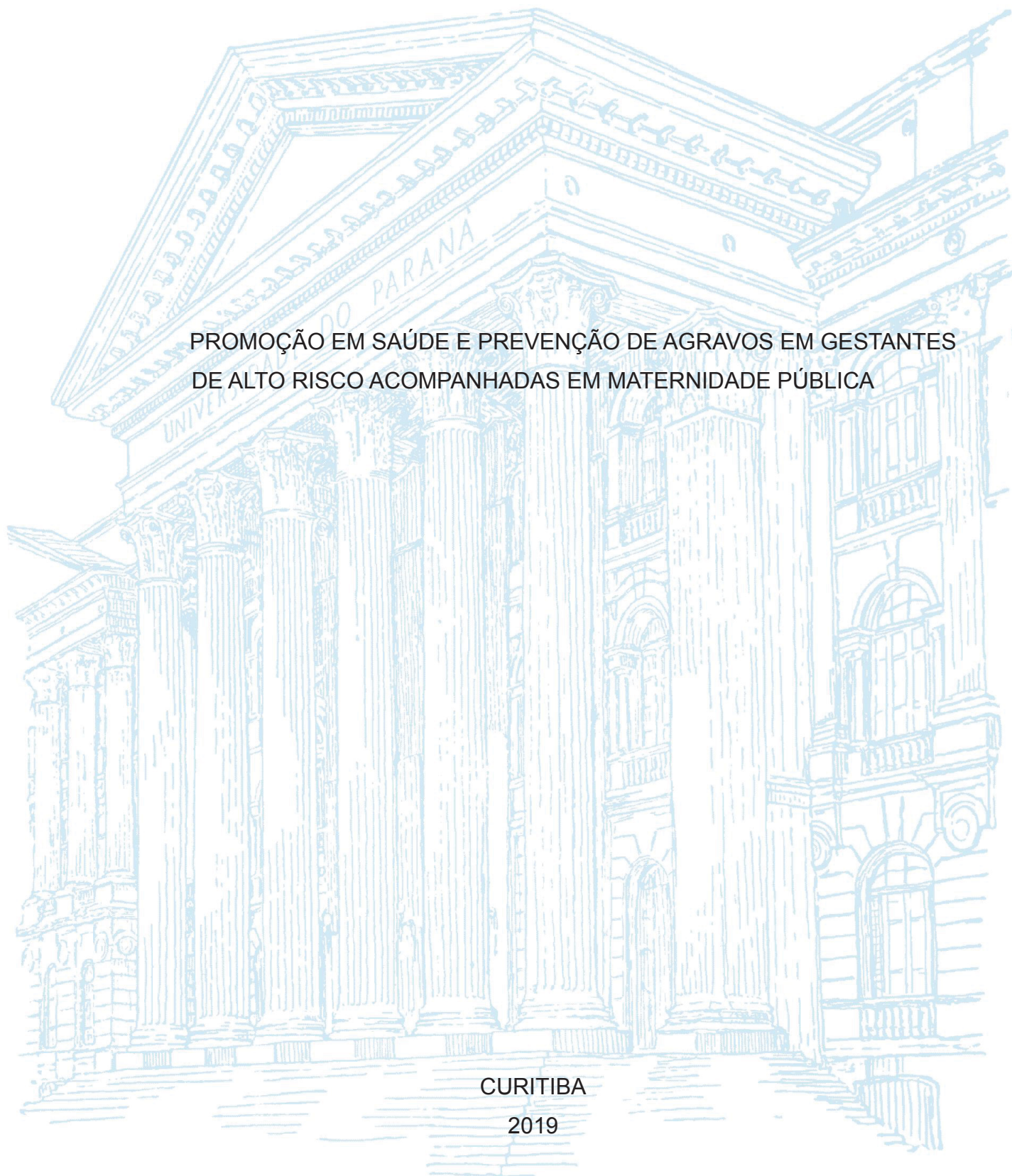
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CAROLINE ANDRÉIA DA SILVA FRANÇA DE OLIVEIRA

PROMOÇÃO EM SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS EM GESTANTES  
DE ALTO RISCO ACOMPANHADAS EM MATERNIDADE PÚBLICA

CURITIBA

2019



CAROLINE ANDRÉIA DA SILVA FRANÇA DE OLIVEIRA

PROMOÇÃO EM SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS EM GESTANTES  
DE ALTO RISCO ACOMPANHADAS EM MATERNIDADE PÚBLICA

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como requisito para o título  
de Especialista, Curso de Especialização  
em Gestão da Saúde, Universidade  
Federal do Paraná.

Orientadora: Prof. Dra. Silvana Regina  
Rossi Kissula Souza

CURITIBA

2019

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

CAROLINE ANDRÉIA DA SILVA FRANÇA DE OLIVEIRA

PROMOÇÃO EM SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS EM GESTANTES  
DE ALTO RISCO ACOMPANHADAS EM MATERNIDADE PÚBLICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Pós-Graduação em Gestão da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão da Saúde.

---

Prof. Dra. Silvana Regina Rossi Kissula Souza  
Orientadora- Universidade Federal do Paraná

**Curitiba, 10 de março de 2019**

## RESUMO

Ações de promoção em saúde e prevenção de agravos, conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde, devem ser realizados em todos os níveis de atenção. O Pacto pela Vida aponta como uma das prioridades a redução da mortalidade materna e infantil. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher prevê o cuidado à gestante, direcionando a linha de cuidado àquelas que são acometidas por situações que resultam em alto risco a si ou ao feto. Neste sentido, este trabalho objetivou propor ações de promoção em saúde e prevenção de agravos às gestantes de alto risco atendidas na maternidade do CHC-UFPR, mediante a inserção de acompanhamento multiprofissional e interdisciplinar em pré-natal, com estruturação de intervenção grupal. Esta pesquisa configura-se como qualitativa descritiva, sem utilização de instrumentos metodológicos, com levantamento do problema por meio de estudo de campo, observações diretas e análise do resultado dos atendimentos de terapia ocupacional às gestantes e puérperas internadas nos setores de Alojamento Conjunto e Medicina Fetal. Pensa-se na implantação da proposta durante o ano de 2019, e conclui-se que possa enfrentar dificuldades relacionadas aos encaminhamentos, à adesão das gestantes e disponibilidade dos profissionais da equipe multidisciplinar. No entanto, acredita-se que é um trabalho possível, e que trará resultados positivos na melhora da saúde desta população, na autonomia das gestantes quanto ao autocuidado e no vínculo entre estas e os profissionais.

Palavras chaves: Gestação de alto risco. Sistema Único de Saúde. Promoção em Saúde.

## **ABSTRACT**

Actions for health promotion and disease prevention, as recommended by the Unified Health System, should be carried out at all levels of care. The Pact for Life points to one of the priorities being the reduction of maternal and child mortality. The National Policy for Integral Attention to Women's Health provides care to the pregnant woman, directing the care line to those who are affected by situations that result in a high risk to themselves or the fetus. In this sense, this study aimed to propose actions for health promotion and prevention of diseases to high-risk pregnant women attended at the CHC-UFPR maternity hospital, through the insertion of multiprofessional and interdisciplinary follow-up in prenatal care, with a group intervention structure. This research is configured as a descriptive qualitative, without using methodological tools, with a survey of the problem through field study, direct observations and analysis of the results of occupational therapy visits to pregnant women and puerperal women hospitalized in the sectors of Joint Accommodation and Fetal Medicine . It is thought that the proposal will be implemented during the year 2019, and it is concluded that it may face difficulties related to referrals, the adhesion of pregnant women and the availability of professionals from the multidisciplinary team. Nevertheless, it is believed that it is a possible work, and that it will bring positive results in the improvement of the health of this population, in the autonomy of the pregnant women regarding the self-care and in the bond between these and the professionals.

Key words: High risk pregnancy. Single Health System. Health Promotion.

## **LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS**

AOTA	-American OccupationalTherapyAssociation
AIVD	-Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVD	- Atividades da Vida Diária
SUS	-Sistema Único de Saúde
TO	-Terapia Ocupacional
UNIMULT I	-Unidade Multiprofissional
UTI	-Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
1.1	APRESENTAÇÃO .....	8
1.2	OBJETIVOS .....	9
1.2.1	Objetivo geral .....	9
1.2.2	Objetivos específicos.....	9
1.3	JUSTIFICATIVA .....	9
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>11</b>
2.1	PROMOÇÃO EM SAÚDE .....	11
2.2	ORGANIZAÇÃO DOS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	11
2.3	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER.....	12
2.4	GESTÃO DE ALTO RISCO .....	13
2.5	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.....	14
<b>3</b>	<b>DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA .....</b>	<b>17</b>
3.1	ORGANIZAÇÃO.....	17
3.2	DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA.....	18
3.2.1	Método para o diagnóstico.....	18
3.2.2	Atuação da autora no serviço.....	19
3.2.3	Situação problema.....	20
<b>4</b>	<b>PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA ...</b>	<b>23</b>
4.1	PROPOSTA.....	23
4.1.1	Inclusão de atendimento multiprofissional no pré-natal de alto risco.....	23
4.2	PLANO DE IMPLANTAÇÃO.....	25
4.3	RECURSOS.....	28
4.4	RESULTADOS ESPERADOS.....	29
4.5	RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVAS E CORRETIVAS.....	29
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>31</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>33</b>



## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 APRESENTAÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso é uma proposta de intervenção para promoção em saúde e prevenção de agravos as gestantes de alto risco acompanhadas no Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC- UFPR). Surge a partir de avaliações e intervenções da autora, terapeuta ocupacional atuante na Unidade Materno Infantil.

Ações de promoção em saúde e prevenção de agravos, conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde, devem ser realizados em todos os níveis de atenção. O Pacto pela Vida aponta como uma das prioridades a redução da mortalidade materna e infantil. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher prevê o cuidado à gestante, direcionando a linha de cuidado àquelas que são acometidas por situações que resultam em alto risco a si ou ao feto. Entende-se que o cuidado deve ser articulado entre todos os níveis de atenção, a fim de amparar a gestante de alto risco na resolução dos fatores condicionantes que estão determinando o processo saúde doença neste período de sua vida. Estes fatores vão além dos processos biológicos, incluem aspectos psicossociais e história de vida. Mudanças em comportamentos prejudiciais à saúde podem ser dispendiosas, necessitando assim de atenção ampliada, com o envolvimento de equipe multiprofissional atuante com características do modelo transdisciplinar.

Entende-se que, além da inserção de equipe multiprofissional, o trabalho integral em saúde envolve a articulação entre os níveis de atenção. Trocas de informações, discussões de casos e elaboração de estratégias em conjunto entre atenção básica, ambulatorial e hospitalar, poderiam estar inseridas para ações mais efetivas de promoção em saúde e prevenção de agravos.

Diante disto, pensa-se em propostas de mudanças nos processos de atenção atuais no serviço em questão, por meio de ações apresentadas neste trabalho.



## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo Geral

Propor ações de promoção em saúde e prevenção de agravos às gestantes de alto risco atendidas na maternidade do CHC-UFPR.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

- Inserir acompanhamento multiprofissional e interdisciplinar em pré-natal da gestante alto risco.
- Estruturar proposta de intervenção grupal, visando redução de fatores de risco relacionados à gestação.

## 1.3 JUSTIFICATIVA

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) aborda princípios e diretrizes voltados à atenção à saúde da mulher, em todas as suas fases de vida, abrangendo todas as demandas. Nela consta que a qualidade da atenção deve voltar-se ao conjunto de aspectos que envolvem “questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais” (BRASIL, 2004, p.59). Sendo assim, deve-se transpor o enfoque biologicista e medicalizador, tão característico dos serviços de saúde para a implementação de práticas que envolvam as usuárias dos serviços de saúde com sua própria saúde (BRASIL, 2004).

A gestação e parto são acontecimentos importantes na vida da mulher e família. Esta pode ser acometida por situações físicas, psicológicas e sociais que de alguma forma ofereçam risco à saúde da mãe e do bebê. Muitas vezes estes riscos são advindos de comportamentos que são de difícil manejo, que determinam o processo saúde doença desta mulher. Então as ações de promoção de saúde e prevenção de agravos devem ser implantadas em todos os níveis de atenção a esta gestante, inclusive no pré-natal de alto risco.

A saúde materna e redução de mortalidade nesta fase são apontadas como uma das prioridades no Pacto pela Vida (BRASIL, 2006). O pré-natal de alto risco, segundo Brasil (2014), objetiva interferir no transcorrer de uma gestação com altas

chances de resultados desfavoráveis, para reduzir riscos e consequências à gestante e feto. Para isso “a equipe de saúde deve estar preparada para enfrentar quaisquer fatores que possam afetar adversamente a gravidez, sejam eles clínicos, obstétricos, ou de cunho socioeconômico ou emocional” (Brasil, 2012, p.14). Tem também a função de manter a gestante sempre informada sobre sua gestação, e orientar quais comportamentos e atitudes que melhoram ou agravam sua saúde. Beldon e Crozie (2005 apud LIMA e SILVA et al, 2011), afirmam que a promoção em saúde na fase de gestação envolve mudanças comportamentais pela gestante, a adoção de hábitos saudáveis e o conhecimento do processo de gestação e de auto cuidado. Disponibilizar “informações e orientação da clientela, familiares e da comunidade sobre a promoção da saúde, assim como os meios de prevenção e tratamento dos agravos a ela associados” (BRASIL, 2004, p.61), é uma ação que pode ser realizada por meio de abordagem interdisciplinar, desde o período de pré natal.

É importante então organizar os serviços de assistência ao pré-natal de alto risco, promovendo autonomia e protagonismo das gestantes no cuidado à sua saúde, por meio de intervenção multiprofissional (BRASIL, 2012), de forma interdisciplinar, organizada, humanizada e de qualidade. Percebe-se, no entanto, falta de coesão entre os diversos níveis de atenção, principalmente entre a atenção hospitalar com a básica. A gestante é atendida durante este período por vários profissionais, recebe orientações diversas, e corre o risco de ficar confusa. Pensa-se então em formular estratégias para a articulação entre os níveis, com intervenções em conjunto, quando possível, principalmente nos casos que são graves e que demandam mudanças de atitudes das gestantes para o cuidado com a saúde.

Pensa-se que tais medidas vão ao encontro dos princípios e diretrizes do SUS, para a organização e estruturação dos serviços, objetivando a promoção da saúde, prevenção de agravos e redução da mortalidade materna.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 PROMOÇÃO EM SAÚDE

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, no inciso III do 5º artigo aponta que os objetivos do SUS incluem “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”. Já o inciso II do 7º artigo consta sobre a “integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. A Política Nacional de Promoção em Saúde (2002) consta que, conforme Paulo Freire, promover a saúde envolve a educação para a autonomia, que abarca diversas dimensões do ser humano, inclusive a afetividade, a busca da felicidade e a capacidade criadora, ou seja, está intimamente ligada ao sentido da vida, que envolve tanto as ciências quanto as tradições culturais. Neste sentido, pensa-se que promover saúde vai além do cuidado ao corpo, envolve também as relações, o ambiente em que se vive, pois o homem é um ser biopsicossocial.

O mesmo documento supracitado afirma que promoção da saúde não se trata de um programa ou um nível de atenção, e não acontece necessariamente antes da prevenção, mas são estratégias que devem inserir-se em todas as políticas, programas e ações de saúde, buscando alcançar a complexidade e singularidade da sociedade, com o uso de tecnologias que evitem a fragmentação destas políticas. Têm-se, por exemplo, que “as ações de promoção de saúde associadas a programas de pré-natal têm reduzido em até 75% o baixo peso, o parto pré termo e lesões cerebrais nas crianças” (BRASIL, 2002).

### 2.2 ORGANIZAÇÃO DOS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

No SUS, os níveis de atenção são organizados conforme a complexidade do cuidado, e devem articular-se entre si.

A Atenção Básica ou primária é caracterizada por realizar ações de promoção, proteção e manutenção da saúde e prevenção de agravos, realizando diagnóstico, tratamento e reabilitação, tanto de forma individual quanto coletiva.

Possui responsabilidade sanitária para resolver a grande maioria dos problemas de saúde das populações, em territórios delimitados, utilizando tecnologias de baixa densidade, porém de alta complexidade. É a principal porta de entrada dos serviços de saúde, e encaminha os usuários para a atenção secundária e terciária (BRASIL, 2006).

A atenção secundária segundo Gonçalves (2014, p.55) pode ser “compreendida como serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de atenção especializada de menor complexidade tecnológica”. O encaminhamento ao serviço ambulatorial especializado se dá por meio da atenção primária e outros serviços definidos como porta de entrada ao SUS, conforme especificação do decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. No âmbito do SUS realiza ações que transcendem as da atenção básica, porém que não se consideram como de alta complexidade.

A atenção terciária, também chamada de nível de atenção de alta complexidade, realiza procedimentos que incluem altas tecnologias e custos (BRASIL, 2009). Os procedimentos, na grande maioria, são hospitalares, e os serviços devem ser integrados com a atenção primária e secundária (GONÇALVES, 2014). Gonçalves et al (2010, apud GONÇALVES, 2014) refere que a atenção hospitalar tem ações preventivas, curativas e reabilitadoras, voltadas aos pacientes internados ou em acompanhamento ambulatorial. As tecnologias utilizadas são de ponta e também é espaço de ensino aprendizagem prática e produção científica.

## 2.3 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

Desde o surgimento e consolidação do SUS, amparado pelas Leis 8.080 e 8.142, constata-se a ampliação da atenção e das discussões acerca das políticas de saúde da mulher. Devido às diversas reivindicações e debates incluindo conselhos de saúde e movimentos feministas, surge a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. O conceito de saúde da mulher foi se desenvolvendo ao longo do tempo, passando de concepções restritas aos aspectos biológicos e anatômicos, para aquelas que incluem dimensões relacionadas à cidadania e direitos humanos. A saúde reprodutiva da mulher também mereceu debates, como por exemplo, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, em 1994 (BRASIL, 2002).

A OMS, em 1990, apontou que no mundo morreram mais ou menos 585.999 mulheres devido às complicações relacionadas à gravidez e o parto, e a maioria em países subdesenvolvidos. É importante conhecer os indicadores de mortalidade materna, que analisam as condições sobre a morte destas mães. O índice Razões de Mortalidade Materna (RMM) revela estes aspectos. Quando elevado, mostram as baixas condições socioeconômicas, as dinâmicas familiares disfuncionais, à baixa escolaridade e grau de informação, a presença de violência, e o baixo acesso e qualidade dos serviços de saúde. Então é notório que a saúde da gestante não está somente relacionada aos aspectos biológicos, mas é multicausal, resultado das dinâmicas entre todos os aspectos supracitados. Acredita-se então que as ações em saúde devam sobre passar a visão biologicista, e incluir outras dimensões da vida da mulher que estão determinando no seu processo saúde doença, visando a redução dos índices de mortalidade materna

## 2.4 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

A gestação é um período especial e natural na vida da mulher, que resulta em alterações físicas, sociais e emocionais. No entanto é uma “situação limítrofe que pode implicar riscos tanto para a mãe quanto para o feto” (BRASIL, 2012, p.11). Existem situações e características das gestantes que podem resultar em uma evolução desfavorável da gestação, em que a vida e saúde desta e do feto tem maiores probabilidades de serem afetadas, sendo consideradas então como gestação de alto risco (CALDEYRO-BARCIA, 1973 *apud* BRASIL, 2012).

Nas capitais brasileiras, constataram-se em 2001 que as principais causas de morte materna são devido à hipertensão arterial, infecções puerperais, abortos e hemorragias, causas estas evitáveis (BRASIL, 2002). Os marcadores de risco gestacionais, segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) são: idade maior que 35 anos e menor que 15 anos, ou menarca há menos de 2 anos; altura menor que 1,45m; peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC<19 e IMC>30); anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos; situação conjugal insegura; conflitos familiares; baixa escolaridade; condições ambientais desfavoráveis; dependência de drogas lícitas ou ilícitas incluindo fumo e álcool; hábitos de vida e exposição a riscos ocupacionais.

Também se considera como fator de risco gestacional o mau passado obstétrico como abortamento habitual, morte perinatal explicada e inexplicada, história de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado, parto pré-termo anterior, esterilidade/infertilidade, intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos, nuliparidade e grande multiparidade, síndrome hemorrágica ou hipertensiva, diabetes gestacional e cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores). Condições clínicas preexistentes, como hipertensão arterial, cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias), hemopatias, epilepsia, doenças infecciosas, doenças autoimunes, ginecopatias e neoplasias, as exposições indevidas ou acidentais a fatores teratogênicos. Também doenças obstétricas na gestação atual, como desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico, o trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada, ganho ponderal inadequado, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, diabetes gestacional, amniorrexe prematura, hemorragias da gestação, insuficiência istmo-cervical, aloimunização e óbito fetal. Todos estes fatores são indicativos para acompanhamento da gestante em pré-natal de alto risco. Também aquelas que apresentam intercorrências clínicas como doenças infectocontagiosas (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.) e doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).

Ao ser encaminhada ao serviço especializado de pré-natal de alto risco, a gestante continua com o vínculo com a atenção básica, ou seja, realiza pré-natal em ambos serviços. É importante então a articulação contínua entre estes, no intuito de se oferecer à gestante todo o suporte de rede ao qual ela necessita (BRASIL, 2012), e, desta forma, corroborar com os Pactos pela Saúde e pela Vida.

## 2.5 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Entende-se por trabalho em equipe multiprofissional a atuação coletiva entre diversos profissionais de diferentes áreas, de forma articulada e com cooperação, utilizando-se de várias intervenções e técnicas (FERREIRA, VARGA, SILVA, 2007). São diversas as relações e interações entre estes, segundo Japiassu (1976 apud FERREIRA, VARGA, SILVA, 2007).

Para este autor, o trabalho em equipe multiprofissional pode ser por meio da multidisciplinaridade, na qual há diversas disciplinas, porém com trabalho isolado de cada profissional. Na pluridisciplinaridade, existe a cooperação entre as disciplinas, porém sem coordenação. Na interdisciplinaridade existe o agrupamento e conexão das disciplinas, que são definidas hierarquicamente e coordenadas pelo profissional que está em nível hierárquico superior, geralmente o médico. Na transdisciplinaridade, há a coordenação e objetivos mútuos entre todos os profissionais.

Ao longo do tempo, percebe-se que o cuidado à gestante durante o pré natal é direcionado às equipes médicas e de enfermagem, focando-se principalmente nos aspectos biológicos do ser humano. O encaminhamento a outros profissionais de saúde é realizado somente quando existem outras demandas mais específicas, em um trabalho multidisciplinar. Por exemplo, uma gestante com transtorno mental é encaminhada a atendimentos psicológicos e psiquiátricos. Outra em situação de vulnerabilidade social é encaminhada a serviços de assistência social. Equipes dos Núcleos de Assistência à Saúde da Família (NASF), que é constituída por profissionais de saúde de diversas áreas, realizam matriciamento às equipes das unidades de saúde, no intuito de dar suporte para suprir as necessidades de saúde da população. Percebe-se, no entanto, a importância do trabalho pluri e interdisciplinar para o atendimento à gestante de alto risco. Acredita-se que a articulação entre os objetivos dos profissionais, bem como maior interação entre estes em práticas para promoção de saúde, contribuiria para a inserção de intervenções que buscam tanto atender às demandas físicas quanto as de cunho psicossociais. Simões (2007 apud OLIVEIRA e MADEIRA, 2011) refere que se deve transpor a compreensão dos problemas da gestante de risco para além do físico, para que ela se sinta parte de um processo saúde doença humanizado.

Além da aproximação e articulação entre profissionais das equipes, é fundamental a aproximação e relação da equipe com as gestantes. Oliveira e Madeira (2011) referem que para a humanização da atenção e a adesão da mulher aos serviços de pré-natal, é necessário garantir o vínculo entre esta e as equipes de saúde, para ampliar a segurança e tranquilidade. Ainda relatam sobre a escassez de literaturas que relatam a comunicação entre equipe de saúde e as gestantes, e de



número reduzido os locais em que se desenvolve o trabalho multiprofissional adequado à assistência destas.

O Manual Técnico de Gestação de Alto Risco (BRASIL, 2012) consta que o seguimento do pré-natal de alto risco objetiva reduzir riscos e consequências adversas, bem como resultados desfavoráveis. A equipe deve oferecer suporte para fatores clínicos, obstétricos, socioeconômicos e emocionais, além de orientar a gestante sobre quais comportamentos e atitudes que resultam na melhora da sua saúde e da sua família, bem como envolver o companheiro e sua rede de suporte familiar. São várias as ações a serem realizadas por esta equipe: avaliação clínica e obstétrica, parto (deve ser discutido com a gestante e família e garantida sua participação na decisão), avaliação e intervenções a nível emocional e psicossocial (essencialmente com equipe multidisciplinar articulada com equipe médica). Consonni et al (2005 apud LIMA e SILVA et al, 2011), apontam que intervenções educativas a gestantes como proposta terapêutica no pré-natal podem reduzir a ansiedade destas. A preparação para o trabalho de parto envolve a busca por informações, resoluções de dúvidas sobre este momento, bem como levantar medos e sonhos a respeito.

### **3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA**

#### **3.1 ORGANIZAÇÃO**

O Complexo Hospital de Clínicas da UFPR foi inaugurado em 26 de março de 1961, sendo um hospital universitário vinculado à Universidade Federal do Paraná. É o maior hospital entre os universitários do estado do Paraná e o quinto maior do Brasil. Financiado totalmente pelo SUS, com todos os atendimentos gratuitos, está classificado como nível terciário e tornou-se referência de vários serviços de saúde, sendo o maior prestador de serviços do SUS no estado. (EBSERH, 2019).

O HC UFPR possui 60.473 mil metros quadrados de área construída, 261 consultórios, 643 leitos, 59 especialidades. Com aproximadamente 3.113 funcionários que são vinculados à FUNPAR, à UFPR e EBSERH. Atende a aproximadamente 411 mil pessoas do Estado do Paraná, com média mensal de 60.920 mil atendimentos, 1.464 internações e 837 cirurgias. Como hospital universitário, possui em seu corpo funcional, médicos, professores e residentes, com elevada qualidade de ensino, pesquisa e extensão.

Em 2001 o hospital integrou-se à Rede Nacional de Humanização. Também é um dos poucos que atende gestantes de alto risco, possuindo UTI Neonatal com total de 35 leitos.

A maternidade do hospital funciona em um prédio pertencente ao complexo. O andar térreo funciona como Pronto Atendimento de Ginecologia e Obstetrícia e possui consultórios para atendimento ambulatorial de gestação de alto risco. Não há informações disponíveis sobre quantidade de profissionais da maternidade e qual a média de mulheres atendidas mensalmente. A equipe é composta por médicos pediatras, obstetras, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social e equipe de residentes do Programa Multiprofissional da Saúde da Mulher.

A presente autora é Terapeuta Ocupacional atuante nas áreas de Alojamento Conjunto, Ginecologia e Obstetrícia, UTI Neonatal e ambulatório de Terapia Ocupacional desde janeiro de 2018, sendo vinculada à EBSERH. Não atua no ambulatório de gestação de alto-risco. Atua como preceptora de terapia ocupacional do Programa de Saúde da Mulher desde abril de 2018.

## 3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

### 3.2.1 Método para o diagnóstico

Esta pesquisa configura-se como qualitativa descritiva, com levantamento de dados por meio de estudo de campo e observações diretas.

A pesquisa qualitativa, segundo Richardson et al (2007 apud ZANELLA, 2009) tem por característica inicial a não utilização de instrumentos estatísticos para a análise de dados. Esta análise se dá qualitativamente, baseados em conhecimentos teóricos e empíricos que lhe conferem cientificidade. Neste caso o pesquisador é o instrumento chave, que observa os fenômenos, seleciona e faz a interpretação e registro dos dados, que são coletados a partir do ambiente natural da pesquisa. O pesquisador não pode ser substituído por outra pessoa ou técnica.

“Pesquisa descritiva objetiva descrever exatamente os fenômenos daquela realidade” (TRIVIÑOS, 1987 apud ZANELLA, 2009). Não se trata de mostrar uma realidade exata, mas de apontar o olhar do autor e de suas teorias, que deve dar ênfase ao estudo das características do fenômeno e não somente às impressões pessoais.

Estudos de campo significa que são realizados no ambiente real em que o fenômeno ocorre. E por técnica de observação entende-se que está além do olhar no sentido visual, mas observar os detalhes do fato (TRIVIÑOS, 1987 apud ZANELLA, 2009). Não é necessário então intermediar por meio de documentos ou de interlocutores. Não necessita que uma pessoa relate os fatos ou que se analise documentos que mostrem os vestígios de pessoas que presenciaram os fatos (QUIVY; CAMPENHOUDT, 1992 apud ZANELLA, 2009).

A observação como técnica de coleta de dados permite uma análise do que é considerado não verbal, ou seja, de comportamentos, relações pessoais e sociais, condutas, modos de vida, cultura, ambiente e organização espacial (QUICY E CAMPENHOUDT, 1992 apud ZANELLA, 2009). Esta observação não seguiu um sistema, estrutura ou plano rígido, por isso é assistemática. Foi participante, pois a autora de alguma forma participa na atuação do grupo pesquisado, segundo Selltize et al. (1972, apud ZANELLA, 2009).

O levantamento da situação problema deu-se a partir de observação direta e análise do resultado dos atendimentos de terapia ocupacional às gestantes e

puérperas internadas nos setores de Alojamento Conjunto e Medicina Fetal, situados no segundo andar do prédio da Maternidade do HC-UFPR. Também mediante observação da organização do trabalho da equipe local, das atividades de preceptoria de residência, e da participação em Comissão de Aleitamento Materno. Não foram utilizados instrumentos metodológicos.

### 3.2.2 Atuação da autora no serviço

Define-se Terapia Ocupacional, segundo a AOTA (2011, p.1) como a profissão que realiza “uso terapêutico de atividades diárias (ocupações) em indivíduos ou grupos com o propósito de melhorar ou possibilitar a participação em papéis, hábitos e rotinas em diversos ambientes”. Este profissional elabora planos de intervenção, que são baseados na utilização das ocupações para que o paciente participe efetivamente de suas atividades diárias. Objetiva a habilitação, reabilitação, promoção de saúde e estar dos sujeitos que tenham ou não alguma incapacidade.

No contexto de atendimento hospitalar à gestante de risco, o TO é o profissional que pensa no desempenho da mulher nas suas ocupações diárias neste momento delicado da vida. Trabalha, por exemplo, com métodos de conservação de energia à gestante com risco de ruptura prematura das membranas, ou com estratégias de redução de ansiedade em momentos de internações prolongadas, onde permanece longe de outros filhos, do trabalho e da família. Sempre com a utilização da atividade terapêutica.

Faz-se necessário descrever os atendimentos realizados. No Alojamento Conjunto e Medicina Fetal são internadas gestantes de alto risco que são acompanhadas ambulatoriamente e que por alguma condição clínica possuem risco para sua saúde e a do feto. O tempo de internação é variado, até que se interrompa a gestação ou que haja melhora da condição clínica que causou o internamento. No Alojamento Conjunto permanecem as puérperas com seus recém-nascidos. O tempo de internação é variado conforme o tipo de parto, a saúde da puérpera e do recém-nascido, a necessidade de antibioticoterapia ou fototerapia e por questões sociais e de conselho tutelar.

Afastar-se de casa, de suas atividades diárias, de filhos, família, companheiros, trabalho, a perda da independência, da autonomia e da rotina diária pode contribuir para alterações emocionais e até mesmo clínicas destas pacientes.

As ocupações são importantes na vida de todas as pessoas e estruturam a vida diária. Diante da ruptura da mulher com suas ocupações, a TO objetiva oferecer suporte mediante a realização de atividades que possuam significado e que resultem em bem estar e promoção de saúde. Possui métodos de avaliação e intervenções próprios, individuais ou grupais, e contribui com a equipe multiprofissional, oferecendo o olhar a partir da perspectiva da ocupação.

### 3.2.3 Situação problema

No serviço de alto risco da maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR são atendidas gestantes de alto risco. No internamento em alojamento conjunto e Medicina Fetal é comum encontrar gestantes com condições de hipertensão, diabetes, HIV, Sífilis, uso de substâncias psicoativas, epilepsia, fetos com má formação e outras.

A avaliação de Terapia Ocupacional nestes contextos é realizada por meio de entrevista não estruturada, na qual são levantadas informações sobre hábitos, rotinas, fatores pessoais, ambientais e culturais que resultem em um déficit de desempenho das pacientes para o cuidado com a saúde e para os cuidados com o bebê. A atenção é focada nos aspectos psicossociais que interferem no desempenho ocupacional das gestantes no autocuidado e cuidado com o bebê. Percebe-se, no entanto que grande parte das ações em nível hospitalar é centrada na restauração da saúde. Por vezes os aspectos psicossociais permanecem em segundo plano, porém, são estes que, muitas vezes, resultam na internação da gestante.

Para que uma paciente relate situações da vida diária, de forma mais aproximada da realidade é necessário o estabelecimento do vínculo terapêutico. Oliveira e Madeira (2011) referem que existem muitas dúvidas e expectativas permeadas por sentimentos de prazer ou dor, confiança e desconfiança, que muitas vezes podem não ser reveladas pela mulher no momento da gravidez, sendo necessários compreensão, respeito e cuidado, além de oferecer ambiente de confiança mútua entre paciente e profissional de saúde, em uma relação horizontal, para que a gestante sinta-se a vontade para revelar seu contexto de vida, suas relações familiares e seu dia a dia.

Para uma avaliação aprofundada e fidedigna, e para a elaboração de um plano de intervenção que traga resultados positivos em nível de desempenho

ocupacional, é necessário ampliar as oportunidades de contato com a paciente. Hábitos e rotinas prejudiciais à saúde podem não ser explícitos nos primeiros contatos. Citando um exemplo, quando determinada gestante diabética, que apresenta picos de hiperglicemia por mau controle da glicemia, que não utiliza o tratamento corretamente, não toma a medicação e alimenta-se mau e devido a isto o feto apresenta alterações que podem lhe trazer riscos. Como seria uma atuação breve e eficaz que resulte em mudanças comportamentais diárias e a auxilie na promoção de sua saúde e a do bebê? Sabe-se que a atenção básica tem esta função, por estar no território, oportunizando o contato mais frequente. Porém, na prática, observou-se que estas pacientes que não conseguem seguir um tratamento estabelecido e realizar o autocuidado efetivamente e possuem maior dificuldade em engaja-se em um processo de mudança comportamental. A intervenção com gestantes e puérperas com HIV e sífilis, que não fazem o tratamento corretamente, segue a mesma dificuldade.

Um fator agravante é a falta de local adequado para falar sobre o tema respeitando a privacidade das informações. Não há espaço reservado, as enfermarias são movimentadas o que resulta em inibição e constrangimento das mulheres em relação ao seu diagnóstico. Consequentemente, o desenvolvimento do vínculo terapêutico, fundamental para a atuação nos aspectos psicossociais que estão determinando agravos e riscos, é dificultado, durante o período de internamento.

Seguindo este raciocínio, constata-se que, durante o pré-natal de alto risco é primordial o atendimento médico e de enfermagem. A equipe de residentes multiprofissionais do programa de Saúde da Mulher também realiza algum contato com as gestantes por meio de um grupo voltado às orientações sobre amamentação. No entanto, os profissionais do serviço que fazem parte da equipe multidisciplinar não as acompanham nesta fase, ficando os atendimentos restritos ao período de internamento destas. Considera-se que é este o primeiro problema identificado. Pensa-se que é realmente necessário aproximar a equipe multidisciplinar da gestante de risco desde o período de pré-natal, e não somente durante a internação, quando muitos dos agravos já estão instalados e onde o contato entre profissional e paciente é por periodicidade limitada. Devido à quantidade reduzida de atendimentos, por vezes não é possível alcançar determinados objetivos terapêuticos. É preciso avaliar e atender às especificidades

de cada caso. Oliveira e Madeira (2011) citam estudos em que gestantes de alto risco comparam a assistência prestada em postos de saúde, grande parte das vezes massificada, com a de serviços específicos de alto risco com equipe multiprofissional, que são voltados às singularidades de cada caso.

A presente autora tem experiência de atuação na atenção básica, como técnica em enfermagem em uma Unidade de Saúde com Estratégia de Saúde da Família. Também com experiência na atenção secundária, como terapeuta ocupacional em saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil. Por meio do trabalho na atenção primária percebeu-se a importância do contato com o território dos usuários do SUS, a aproximação com a realidade diária, conhecer a vizinhança, a cultura local, as vulnerabilidades sociais, os determinantes e condicionantes de saúde daquela população. No CAPS percebeu-se a eficácia da articulação da rede de assistência, da atuação nos contextos escolares, no trabalho direto com a família e da atuação interdisciplinar da equipe local.

No contexto hospitalar, de alguma forma percebeu-se a dificuldade nestes aspectos. O sujeito internado tem uma história, uma cultura, uma rede de apoio familiar e de serviços, tem singularidades que podem passar despercebida, não estar no relato destas pacientes e que se constituem com determinantes no processo saúde doença daquele indivíduo. O contato durante o período de internamento é restrito em relação ao tempo para o processo terapêutico.

Cabem então mudanças em rotinas de atendimento à gestante de alto risco, com a aproximação da equipe multiprofissional durante o pré-natal, para ampliar-se as oportunidades de atenção à paciente, visando promover saúde e reduzir agravos de forma significativa e eficaz.



## **4 PROPOSTA TÉCNICA PARA A SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA**

### **4.1 PROPOSTA**

Mediante o problema levantado, propõe-se a inclusão do atendimento multiprofissional no pré-natal de alto risco, com equipe composta por profissionais da terapia ocupacional, psicologia, enfermagem, serviço social e fisioterapia.

#### **4.1.1 Inclusão de atendimento multiprofissional no pré-natal de alto risco**

Esta proposta visa possibilitar aos profissionais na identificação e intervenção sobre os fatores que estão determinando o processo saúde doença das gestantes atendidas. Facilitaria e oportunizaria o vínculo terapêutico e seria meio de diagnosticar problemas que interferem na saúde destas.

Primeiramente pensa-se que estas intervenções ocorram por meio de um grupo de gestantes, visando alcançar o maior número possível, bem como incluir os casos em que as avaliações médicas e de enfermagem constataram como sendo de risco biopsicossocial.

Atualmente existem grupos de gestantes acompanhadas ambulatoriamente, no período da manhã. Porém cada profissional que coordena, tem seus objetivos e suas propostas de intervenção. Por que então formar outro grupo com outra proposta? Primordialmente, para incluir ações interdisciplinares para identificação e manejo dos fatores biopsicossociais prejudiciais e causadores de riscos à saúde das gestantes. Realizaria o acolhimento e aproximar-se-ia dos contextos de vida, hábitos e cultura para criar vínculo terapêutico, orientar, proporcionar lazer e conforto e promover autonomia em relação ao autocuidado. Cita-se como exemplo a gestante diabética com glicemia descompensada. Talvez ela saiba como deve ser sua alimentação e que deve tomar corretamente a medicação. Talvez vários profissionais já tenham repetido as mesmas informações. Porém ela pode não conseguir sozinha realizar as mudanças necessárias nos hábitos de vida, por diversos motivos, por características emocionais, mentais, sociais, biológicas ou pelo contexto de vida. Descobrir os motivos, conhecer as habilidades desta que podem ser aperfeiçoadas, conhecer as barreiras que a impedem de desempenhar adequadamente o cuidado com a saúde, trabalhar as relações sociais e, principalmente, proporcionar escuta,

acolhimento, conforto e atendimento humanizado é parte de uma estratégia que pode trazer benefícios. E esta estratégia não se consegue com trabalho desarticulado, mas sim com a articulação de uma equipe multiprofissional engajada nestes objetivos.

Esta proposta possibilita ao profissional direcionar seu olhar e métodos de avaliação e intervenção, tanto às gestantes quanto às suas famílias, pois objetiva também a aproximação das pessoas que são rede de apoio a esta. Percebe-se que muitas vezes estas redes são fragilizadas, tornando a paciente vulnerável, por isso é importante aproximar as redes sociais.

O grupo será coordenado pela terapeuta ocupacional do serviço, em princípio. O encaminhamento inicial seria por meio de atendimento às gestantes que estão aguardando consulta de rotina ou que já consultaram. Nesta primeira abordagem, explicaria os objetivos do grupo, as dificuldades, possibilidades e interesse em participar. Então seriam realizados os combinados terapêuticos e sensibilização para a participação do grupo em si, que seria em outro local e horário exclusivo. Nota-se que esta primeira intervenção não se trata do grupo em si, mas de uma avaliação breve e encaminhamento para o grupo. Este encaminhamento também pode ser feito pelo médico obstetra ou profissional da enfermagem que tenha contato com a paciente. Não há contraindicação para a participação no grupo, porém pretende-se que os casos de maior gravidade ou vulnerabilidade sejam priorizados.

O grupo de gestantes funcionaria em horário na parte da tarde, em sala de terapia ocupacional, no ambulatório da UNIMULTI. A abordagem se daria utilizando atividades que vão ao encontro dos interesses destas e possam significado para a fase em que vivenciam. Rodas de conversa, elaboração e criação de objetos de uso pessoal ou para o bebê, sessões de relaxamento, massagens e exercícios posturais, orientações sobre realização de atividades diárias, e várias outras. Não têm como objetivo principal a elaboração do objeto em si, mas promover o vínculo terapêutico, trabalhar mudanças de comportamentos nocivos e proporcionar bem estar e acolhimento. Abordagens de práticas integrativas, por exemplo, pouco utilizadas no serviço em questão, podem ser inseridas neste grupo, pois tem potencial de promover conforto da paciente, reduzir ansiedade e promover o vínculo com a equipe.

Os profissionais da equipe multiprofissional serão acionados pela coordenadora, terapeuta ocupacional. Cada profissional teria sua atuação específica. Por exemplo, em atividades de adequação e reeducação postural serão coordenadas pelo fisioterapeuta; em questões de amamentação, a enfermagem. Para trabalhar conteúdos de cunho emocional, a psicologia se responsabilizaria, e assim por diante.

A partir das avaliações da equipe multidisciplinar nos atendimentos, seria possível identificar os casos mais complicados e que demandam maior atenção.

A evolução sobre a participação no grupo, a avaliação de todas as gestantes e as percepções dos profissionais devem ser colocadas nos prontuários. Aspectos que requerem maior atenção poderiam ser destacados ou discutidos diretamente com o médico que a atende no pré-natal de risco, ou até mesmo com os profissionais da atenção básica que fazem o acompanhamento na unidade de saúde de referência daquela gestante.

#### 4.2 PLANO DE IMPLANTAÇÃO

O primeiro passo é apresentar as propostas supracitadas para a gerência da maternidade e da UNIMULTI (Unidade Multiprofissional), responsável pela gestão e supervisão de todos os serviços multiprofissionais, e para a coordenação da Unidade Materno Infantil, onde serão implantadas. Ambos os serviços devem autorizar.

A seguir, apresenta-se a proposta aos profissionais da equipe multidisciplinar que atendem na unidade materno infantil, para levantar interesses. É necessária uma reunião para discutir encaminhamentos, funcionamento do grupo e divisão de responsabilidades.

O encaminhamento ao grupo seria por conversa com cada gestante, realizada pela terapeuta ocupacional, aproveitando que elas estão no ambulatório aguardando atendimento médico. Pode ser feita conversa individual ou grupal na sala de espera, com explicações sobre a proposta do grupo e importância da participação e orientações gerais do funcionamento. Pode ser feito cartazes para colocar nas paredes da maternidade. É importante solicitar a colaboração dos médicos e enfermeiros que as acompanham para sensibilizá-las à participação, bem como para apontar os casos em que este tipo de intervenção pode beneficiá-la para

promover saúde e prevenir agravos. Neste sentido, pensa-se em gestantes com agravos de saúde devido a não adesão ao tratamento ou com hábitos de vida insalubres; com transtorno mental ou uso de substâncias psicoativas; com fragilidade de vínculos familiares e sociais; com ansiedades e dúvidas relacionadas à gestação, parto e cuidados com recém-nascidos; que tenham maior probabilidade de que os recém-nascidos permaneçam em UTI Neonatal; demais casos em que se perceba que existiria benefício com a participação em grupo. Como já dito, não existem contra indicações, todas podem participar, porém há casos em que há necessidade de acompanhamento mais próximo da equipe. Não é necessário realizar encaminhamentos via sistema SIH ou utilizar encaminhamentos por escrito. Porém podem-se ter folhetos simples com informações de dia, hora e local do grupo. Este folheto pode ser inserido à caderneta da gestante, para reduzir risco de perda e para que ela recorde sempre que acessar a caderneta.

O grupo de gestante funcionaria com periodicidade semanal, em dia de semana e horário a definir, porém sempre pela parte da tarde, por ser horário de trabalho da coordenadora. A duração é de 45 minutos a uma hora. Considera-se este tempo ideal para um trabalho efetivo, sem que se sobrecarregue a gestante ou que ocupe muito do seu tempo.

O local seria, em princípio, no ambulatório de Terapia Ocupacional, situado no sétimo andar do anexo B do Hospital, onde o espaço é adequado, com a disponibilidade de alguns materiais como mesa, cadeiras, materiais para atividades de terapia ocupacional, colchonetes, etc.

Em resumo, o plano de ação se daria conforme quadro a seguir:

#### PLANO DE AÇÃO

<b>AÇÃO</b>	<b>COMO</b>	<b>RESPONSÁVEIS</b>	<b>QUANDO</b>
Grupo de gestante	Reuniões com atividades diversas: orientações, oficinas de atividades manuais, físicas, de relaxamento, práticas integrativas, etc.	Terapeuta Ocupacional na coordenação do projeto/ grupo. Profissional de psicologia, serviço social, fisioterapia, nutrição, musicoterapia, enfermagem conforme convite da coordenadora.	Encontros semanais, pela tarde, com duração de 45 minutos à uma hora cada encontro. Horário a definir.

FONTE: AUTORA

A equipe multidisciplinar se divide com as atividades realizadas no grupo, cada um responsável por abordar o tema que está relacionado à sua disciplina. A coordenadora acionaria os profissionais e combinaria dias e temas para o trabalho. Cada semana seria convidada um ou dois profissionais para conduzir as atividades, sempre junto com a coordenadora do grupo. A seguir um exemplo do que cada profissional poderia contribuir:

**Terapeuta Ocupacional:** Coordenar o grupo, acionar os demais profissionais da equipe multiprofissional para realizar as atividades específicas de cada área e acompanhar nas atividades, realizar oficinas de atividades manuais, trabalhar hábitos e rotinas de saúde e manutenção de autocuidado, orientar para realização de AVD's e AIVD's e outras áreas de ocupação, promover atividades de relaxamento, lazer e práticas integrativas.

**Fisioterapeuta:** Realizar educação e reeducação postural, atividades físicas de preparação pélvica para o parto, orientações ergonômicas nas atividades diárias, orientações de atividades fisioterapêuticas para o pós parto.

**Serviço Social:** Realizar orientações sobre licenças maternidades e outros benefícios, diagnosticar vulnerabilidades sociais, realizar articulação com a rede de proteção social.

**Nutricionista:** Avaliar e orientar quanto aos hábitos alimentares e dieta durante gestação e puerpério, trabalhar rotinas alimentares.

**Enfermeiro:** Orientar quanto autocuidado, amamentação e não amamentação, planos de parto, processo de trabalho de parto, recuperação no puerpério, cuidados com o recém-nascido.

**Psicólogo:** Tratar questões de habilidades mentais e regulação emocional durante gestação e puerpério, avaliar possíveis situações de transtornos mentais, trabalhar vínculo entre mães e recém-nascidos, relações familiares.

**Musicoterapeuta:** Trabalhar com questões de relaxamento e redução de ansiedades por meio da música.

Apesar das especificidades de cada profissão, existem temas acima que podem ser abordados por diferentes profissionais, que são de domínio de todos. Orientações sobre violência obstétrica, por exemplo, devem estar inseridos como pautas de discussões e pode ser abordado por qualquer profissional. O acolhimento e escuta qualificada deve fazer parte do atendimento de todos, afinal, o mais importante é ouvi-las nas suas particularidades e trabalhar a partir das demandas

trazidas por elas. O vínculo terapêutico deve ser iniciado nesta fase, para que, nas situações de internação da gestante, esta já se sinta mais próxima à equipe, com maior confiança e receptiva às intervenções.

Após o grupo, é importante que os profissionais que conduziram realizem uma breve discussão dos casos, para a análise das demandas e propostas de intervenções. Todas as ações devem ser colocadas no prontuário de pré-natal da paciente, de forma que todos os profissionais que a acompanham no hospital possam acessar estas informações. Casos específicos, de maior gravidade podem ser levados para discussões com os médicos, enfermeiros e até mesmo com a atenção básica, para levantamento de estratégias para a atenção que tenha resultados positivos em relação à promoção da saúde da gestante.

Não existe uma quantidade mínima ou máxima de atendimentos à gestante no grupo. Existe quantidade possível a cada uma. O importante é que cada intervenção tenha humanização e qualidade, para que a paciente tenha o vínculo com a equipe, que se sinta acolhida e atendida nas suas necessidades, e que suas demandas sejam trabalhadas.

#### 4.3 RECURSOS

Para o grupo será necessário materiais como: cadeiras, mesa, espelhos, colchonetes, cubas ou bacias, materiais de papelaria e artesanato, chás e aromas (para as práticas integrativas), aparelho de som, projetor e notebook. São equipamentos e materiais que podem ser levantados pelas UNIMULTI, Unidade Materno-Infantil e pela contribuição dos profissionais.

As demais ações dependem de recursos humanos, ou seja, da disponibilidade de profissionais. Sabe-se que no momento não tem serviço de psicologia à tarde no serviço de internamento e a fisioterapia atende por pedido de consulta. Sendo assim, é necessário relocar um profissional de psicologia, bem como negociar com a UNIMULTI para que a fisioterapia atenda abertamente, sem necessidade de pedido de consulta por parte dos médicos.

Os profissionais envolvidos devem ter conhecimento e experiência com a população alvo, bem como o compromisso e engajamento com os objetivos propostos. Devem possuir a qualidade de realizar a escuta ativa, o acolhimento,

suporte e vínculo com a gestante. Não realizar julgamentos e compreender as diferentes singularidades que estarão em contato.

#### 4.4 RESULTADOS ESPERADOS

Esperam-se principalmente mudanças relacionadas à saúde da população atendida, no que se refere à promoção de saúde e prevenção de agravos para as gestantes e recém-nascidos, com intervenções mais efetivas no que se trata aos comportamentos de risco das gestantes e na aquisição de hábitos de vida saudáveis.

Para medir este resultado, que é qualitativo, instrumentos objetivos podem não ser adequados. É importante se mensurar após cada ação proposta, por meio do relato das pacientes, da percepção dos profissionais, e principalmente, por meio das reuniões multiprofissionais para a discussão dos casos. As informações do prontuário fornecerão esclarecimentos sobre resultados terapêuticos.

Espera-se a articulação entre a equipe multiprofissional, em uma visão transdisciplinar. O vínculo entre equipe e gestante poderia surgir como resultado destas intervenções, de forma que, ao ser internada, a paciente já tenha um profissional que pode ser referência para situações especiais, quando se sente fragilizada ou que precise de suporte. A confiança entre paciente e equipe pode já estar desenvolvida, de forma que as intervenções sejam mais efetivas, pois um processo já se iniciou anteriormente à hospitalização.

#### 4.5 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVAS E CORRETIVAS

Acredita-se na dificuldade em se levantar profissionais de psicologia para atuar nos setores de internamento da Unidade Materno Infantil, que também possa assumir o trabalho em grupo com as gestantes. Estes profissionais são em pouca quantidade no serviço, com elevadas quantidade de setores e pacientes para atender. Para esta dificuldade, pode-se solicitar um residente de psicologia do Programa da Saúde da Mulher, que esteja disposto a contribuir com este trabalho.



Encontrar horário em que os profissionais possam participar do grupo também pode ser desafiador, e existe dificuldade em relação ao excesso de trabalho e incompatibilidade de horários dos profissionais.

A compreensão inicial das propostas pode afetar a implantação do projeto. Normalmente o início de um trabalho, que envolve mudanças nos processos já estabelecidos nos quais os profissionais estão habituados, pode enfrentar resistência. É necessária a constante sensibilização dos profissionais.

Compreende-se que haverá negativas para a adesão e engajamento das gestantes ao grupo. São vários os motivos que impedem a presença da paciente no serviço, seja por dificuldades de acesso, de motivação, falta de apoio familiar, excesso de compromissos no dia a dia, etc. Estas particularidades vão surgir, e as resoluções serão buscadas a partir de discussões com a paciente, familiar e com os profissionais. A baixa adesão é sempre um fator a ser trabalhado nestes casos.

É necessário enfatizar constantemente aos médicos e equipe de enfermagem do ambulatório o encaminhamento da gestante ao grupo, bem como o trabalho da coordenadora na sensibilização das pacientes, para que se tenha adesão e continuidade nesse trabalho.

Vale refletir o porquê formar outro grupo de gestante, além dos que já estão vigentes, com outra proposta? Pensa-se que este formato de grupo prioriza a escuta, o vínculo terapêutico, a realização de atividades com significado e o contato entre gestante e equipe multiprofissional. A abordagem multiprofissional, com atenção integral às necessidades da pessoa, para além do físico, atendendo à maior parte das demandas das usuárias deste serviço. Não se trata de somente colocar mais orientações para as gestantes e familiares, mas atentar para as singularidades dos casos, e proporcionar autonomia desta para gerenciar sua própria saúde.

## 5 CONCLUSÃO

Pensar em promoção da saúde e prevenção de agravos no âmbito do SUS é de fundamental importância para a melhora da oferta dos serviços de saúde para a população. No caso da saúde da gestante de alto risco, em se tratando de estratégias de redução da mortalidade materna e de agravos à saúde, é necessário compreender na totalidade os condicionantes e determinantes dos processos de saúde e doença desta, que vão além dos fatores biológicos, mas incluem os psicossociais e ambientais. Devido à complexidade e dinâmica destes fatores, pensa-se que o cuidado às gestantes de risco deve transpor o enfoque biologicista, para o cuidado de forma integral e integrada.

Mediante observações não estruturadas, observou-se que o contato da equipe multiprofissional com a gestante de risco acontece somente no período de hospitalização desta. A paciente conhece o profissional que irá cuidá-la somente nestas oportunidades. E por vezes há a dificuldade em estabelecer-se o vínculo terapêutico, para que haja uma relação de confiança entre a paciente e profissional. E o vínculo é fundamental para a eficácia das intervenções. Esta situação provocou incômodo da profissional autora deste projeto, pois, em alguns atendimentos, não foi possível trabalhar com a gestante que, por exemplo, possui hábitos e rotinas não saudáveis e não adesão ao tratamento de saúde. Muitas vezes ela não se sente a vontade para relatar as situações da vida que explicam tais atitudes, a alguém que acabara de conhecer.

Analisando esta situação, e, indo ao encontro das políticas de atenção à saúde integral da mulher e da gestante de alto risco, pensa-se então em aproximar tanto a profissional quanto a equipe multidisciplinar desta população, para que vínculo terapêutico seja iniciado ou estabelecido antes que ocorra o internamento desta, aumentando as oportunidades de avaliações e intervenções efetivas.

Esta aproximação se daria mediante a estruturação de atendimentos em grupos de gestantes, coordenado pela terapeuta ocupacional que atua na unidade materno-infantil, com a colaboração de demais profissionais da equipe multiprofissional, como psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social e enfermeiro, visando promover a saúde da gestante de alto risco e prevenir agravos.

A proposta em si não é de fato nova, pois já existem grupos de gestantes nesta maternidade. No entanto, a ideia de aproximar a equipe multiprofissional, com

diferentes abordagens, bem como a realizar atividades significativas, de lazer, relaxamento, e de preparação para o parto seria o diferencial. A escuta ativa e a compreensão das singularidades das gestantes seriam os norteadores do processo grupal. Haveria a mudança de abordagens verticais, nas quais o profissional orienta e a gestante é orientada, para uma horizontal, baseada no vínculo terapêutico e na valorização das particularidades desta, objetivando promover autonomia para o autocuidado.

A equipe multiprofissional seria acionada conforme o levantamento das demandas do grupo. E posteriormente aos atendimentos haveria um momento de discussão dos casos que demandam maior atenção. Os registros no prontuário sobre o processo grupal e a participação da paciente são importantes instrumentos para troca de informações entre os profissionais que a cuidam.

Esta proposta pode enfrentar dificuldades para implantação. Os encaminhamentos, a adesão das gestantes e a disponibilidade dos profissionais para o acompanhamento integral são os principais desafios previstos. É necessária a compreensão de todas as partes envolvidas, profissionais da equipe multidisciplinar, pacientes e familiares e coordenações dos serviços, para que as dificuldades sejam transpostas, e os objetivos alcançados. A articulação de todos os envolvidos será, seguramente, desafiador para a autora. Porém, acredita-se que é um trabalho possível, e que trará resultados positivos na melhora da saúde desta população.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, AOTA. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo - 3ª ed. traduzida. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 26, n. esp, p. 1-49, 24 abr. 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/97496>>. Acesso em 24.01.2019

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em 20.01.2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: 2004. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)> Acesso em 22.01.2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed., Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[file:///C:/Users/usuario/Desktop/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](file:///C:/Users/usuario/Desktop/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf)> Acesso em 22.01.2019

BRASIL. Presidência da República. **Decreto 7508, de 28 de junho de 2011**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato20112014/2011/decreto/7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2011/decreto/7508.htm)>. Acesso em 22.01.2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde** (Documento para discussão). Brasília 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_prom\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf)>. Acesso em 23.01.2019

BRASIL. **Portaria nº 648/gm de 28 de março de 2006**. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648\\_20060328.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf)> Acesso em 13.01.2019

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 2009. 3. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_az\\_garantindo\\_saude\\_municipios\\_3ed\\_p1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf)> Acesso em 13.01.2019

BRASIL. PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006. DISPONÍVEL EM: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)> Acesso em 13.01.2019

EBSERH. Ministério da Educação. Hospital de Clínicas. Histórico. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/web/chc-ufpr/hc>>. Acesso em: 28.01.2019

FERREIRAI, R. C.; VARGAI, C. R. R. I; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Medicina, Universidade Federal de São Carlos. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2009.v14suppl1/1421-1428/>> Acesso em 19.01.2019

GONÇALVES, MÁRCIO AUGUSTO. **Organização e funcionamento do SUS** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração , UFSC; 2014.

LIMA E SILVA, Janiny et al . Avaliação da adaptação psicossocial na gravidez em gestantes brasileiras. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 8, p. 182-187, Ag.2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032011000800003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011000800003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 12.jan.2019

MENDES, EUGÊNIO VILAÇA. As redes de atenção à saúde. **Revista Ciência Saúde Coletiva [online]**, v.15, n.5, p. 2297–2305, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 12 jan. 2019

OLIVEIRA, V. J.; MADEIRA, A. M. F. Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.103-109, Mar. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452011000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 17. 02. 2019.

ZANELLA, LIANE CARLY HERMES. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração** – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração, UFSC; 2009.